

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-429822

ND= 30751

Optique

Au

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **01204**

Société :

RACY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DATHIER

NOUREDDINE

Date de naissance :

18/02/49

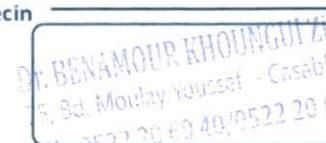
Adresse :

Tél. : **06 61 66 48 85**

Total des frais engagés : **2055,30**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Bouchra

Date de consultation :

13104, 2020

Nom et prénom du malade :

DATHIER BOUCHRA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypothyroïdie + hyperthyroïdie -

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

ACCUEIL

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atter médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Le : **29/06/20**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/04/20	C	1 000 DA (gratuit)	INP : [] Signature : [] Date : [] RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES Dr. CHAFIK Sanaa Route d'Assemour Aïn Diab 13/04/20 20 551 DA

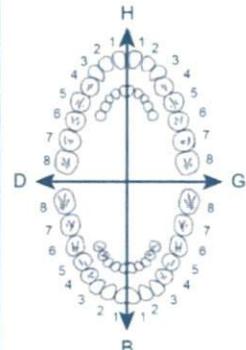
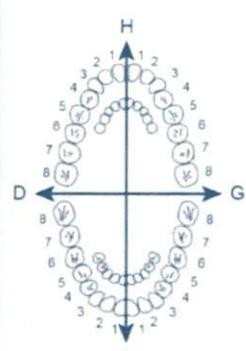
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Chafik Sanaa Route d'Assemour Aïn Diab Dr. CHAFIK Sanaa 13/04/20</i>	13/04/20	20 551 DA

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

— VOLET ADHERENT —

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> 	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Le 31/01/2020

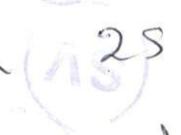
116,8 + 3

DATHOUR Boudra1) Acétylure.

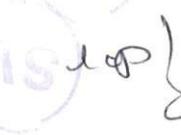
18g}

13,6 + 3
2) Acétylure.

epf

6,1 + 2
3) Acétylure.

Y2 epf

149,5 + 3
4) Cérami.

10g}

15,2 + 5
5) Collagene.

500

5 Baile

123,6 + 3
(6) Intra.

24)

3 mai

87,1 + 3
(7) Phénotran.

1p

Dr. BENAMOUR KHOUNGUI ZINEB
75 Bd. MOULAY YOUSSEF Casablanca
Tel: 05 212 522 20 60 40



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

maphar
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc
'IPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:142,10 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:123,60 DH

6 118001 020607

LOT: 190469
DL00: 12/2022
87,00DH
aboratoires Deva Pharmac
l'Officine Pharmaceutique Respons

LOT: 190469
DL00: 12/2022
87,00DH
ANT

LOT: 190469
DL00: 12/2022
87,00DH
oratoires Deva Pharmaceut

maphar
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:123,60 DH

6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:123,60 DH

6 118001 020607

maphar
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bñou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
641/15DMP/21/NRQ P.P.V.:123,60 DH

6 118001 020607

PPC : 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

395284
11/2022

PPC : 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

395284
11/2022

PPC : 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

395284
11/2022

15,30
PER 12/22
LOT 12839-2